Rok XXXI. Kraków, 5 Listopada 1892. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego.

O działaniu leczniczem benzosolu w moczówce cukrowéj.

Podał

Dr. Maryjan Piątkowski,

b. asystent kat. fizyjologii, obecnie elew kliniki lekarskiéj.

(Przedstawione na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 4 maja 1892).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44.)

Przypadek II. S. A. S., liczący lat 46, licho zbudowany i odżywiony. Badanie przedmiotowe przy wstąpieniu do kliniki wykazuje skórę suchą, łuszczącą się, nieelastyczną, tkankę podskórną zanikłą, porost włosów nędzny, na paznokciach rowki poprzeczne, zęby w większości popsute, nacieki szczytowe z tyłu, z licznemi rzęzeniami drobnemi, a z przodu ponad obojczykiem po stronie prawéj zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą płucną, miażdżycę tętnic miernego stopnia, powiększenie wątroby, sinicę na kończynach dolnych, niedomogę wydzielniczą i mechaniczną żołądka i zupełną impotencyę. Mocz badano wśród dyety mięszanéj, następnie mięsnéj bez podawania leku, wreszcie przy mięsnéj wraz zażywaniem benzosolu.

W ciągu obserwacyi klinicznéj w miejsce benzosolu podano raz salipyrinę, wreszcie dyetę mięszaną z benzosolem i bez tegoż. W moczu białka nie zauważono nigdy, oddziaływał zawsze kwaśno, barwy winowo-żółtéj; nieco mętny, chlorki w prawidłowéj ilości.

Dnia	Ilość moczu	C. g.	% cukru	Ilość cukru na dobę w gr.	Dyjeta	Leczenie
13/III	2300	1·038	2·083	40·624	mięszana	nie nie podawano
14	2200	1·035	2·500	57·500		
15	4500	1·037	3·875	174·415		
16	3300	1·035	3·125	103·125		
17	4700	1 036	3 700	174 073		
18	3800	1 034	2 083	79·165		
19/III	3900	1·033	4 651	181·392	mięsna	
20	17.0	1·037	1·200	20·52		
21/III	1000	1·035	0 024	0 240	mięsna	Benzosol 3 grm. dz.
22	2000	1·029	0·006	0 120		
23	1130	1·032	0·007	0·080		„
24	1400	1 031	0·008	0·116		4 grm. dz.
25	1360	1·030	0 006	0·084		„
26	1900	1·020	0 005	0·099		5 grm. dz.
27	1000	1 027	0 004	0 042		„
28/III	1250	1·026	0 005	0·075		Benzosol usunięto
29	1150	1·032	0·012	0 138		
30	1750	1 028	0 008	0 066		
31	1650	1·028	0·05	0·825		
1/IV	14?0	1·030	0·12	1·740		Benzosol 3 grm. dz.
2	1300	1·030	0 06	0 884		
3	1900	1·028	0 06	1·254		
6/IV	3600	1·023	3·090	111 240		od 5/IV podaw. tylko Salipyrynę 3 grm. dz.
7	1850	1 025	1 511	27 935		
8	1650	1·030	0 971	16 021		
9	1860	1·031	2·266	42·147		
10	2200	1 030	1·511	33·248		„
11	3300	1·028	2·31	76·230		„
13[1])	3400	1·037	2·636	89·62		„
16	4100	1 036	4·726	198·492		„
19	4200	1·035	3 600	151·200		„
20/IV	4100	1 039	6·500	265·5		Salip. 3 gr. Benzosol 3 grm. dz.
21	3400	1·031	5 200	176 8		
22	1300	1·035	2·04	26·52		
25	2600	1·032	0·428	11·128		„
27	2200	1·033	0·267	5 874		„
30	2000	1·032	0·190	3 800		„
2/V	3000	1·030	0·228	2·200	znaleziono cukierki u chorego	„
8	1100	1·030	0·56	2 100		„
12	2000	1·025	0·322	2·500		„
18	2000	1·027	0·200	4·000	od 19/V do 23/V mięszana	„
22	2830	1·037	0 350	9·800		benzosol wzięto
23	2250	1·029	0·260	5·740		
28	4780	1 032	0 960	46·098	mięsna	benzosol 3 grm. dz.
7/VI	—	1 031	0 75	—		

[1]) Badanie przeprowadzano codziennie, jednak dla nieznacznego wahania w liczbach niektóre dnie opuszczam.

D. 7 czerwca przerwano dalszą obserwacyę, gdyż chory był zmuszony klinikę opuścić.

Jak z poprzedniéj tak i z téj tablicy możemy te same wnioski wysnuć. Mamy bowiem przy dyjecie mięszanéj bez podawania benzosolu wahania w ilości moczu od 2200 do 4700 ctm. sz., w ciężarze gatunkowym od 1·034 do 1·038, w odsetku cukru od 2·083 do 3·875%. Przy dyjecie mięsnéj bez benzosolu ilość moczu wahała się od 1700 do 3900 ctm. sz., ciężar gatunkowy od 1·033 do 1·037, odsetek cukru od 1·200 do 4·651%,

P r z y d y j e c i e m i ę s n é j z p o d a n i e m b e n z o s o l u w a h a s i ę i l o ś ć m o c z u m i ę d z y 2000 a 1000 ctm. sz., c i ę ż a r g a t u n k o w y m i ę d z y 1·0·5 a 1·027, o d s e t e k c u k r u m i ę d z y 0·120% a 0·004%. Po odjęciu benzosolu a zastósowaniu salipyriny przekonaliśmy się, że tak przy dyjecie mięsnéj, jakoteż mięszanéj cyfry znacznie się podniosły, bo ilość moczu do 4·200 ctm. sz., ciężar gatunkowy do 1·039, odsetek do 6·5%, aby po powtórnem podaniu benzosolu opaść, jak 30 kwietnia: w ilości moczu do 2000 ctm. sz., w ciężarze gatunkowym do 1.032, w odsetku do 0·190%.

Nie wątpię, że przy dalszem przestrzeganiu dyety mięsnéj i skrzętnem zażywaniu benzosolu odsetek cukru, jak poprzednio, zmalałby do 0·004%. Ciężar ciała 47 klg. w dniu przybycia opadł do dnia 29 marca na 45·5 kgr., potem przez cały przeciąg obserwacyi utrzymywał się ciągle prawie na téj wysokości.

Przy wyjściu z kliniki mogliśmy zauważyć, iż luszczenie skóry zmniejszyło się, odżywienie poprawiło, chory wprawdzie nie czuł się zupełnie zdrowym, jednak znacznie silniejszym, niż w chwili wstąpienia do kliniki.

P r z y p a d e k III. A. M. D., lat 28, licho odżywiony, budowy wątłéj podaje, że jest od 8 miesiący chorym. Badanie wykazało skórę szorstką, suchą, łuszczącą się, szczyt prawy niżéj ustawiony, zwiększoną pobudliwość mechaniczną mięśni, popęd płciowy osłabiony, zęby chwiejące się, brzeg śledziony macalny, wątrobę powiększoną, rozstrzeń żołądka, niedomogę wydzielniczą i mechaniczną tegoż, zniesienie odruchów kolanowych. Ilość hemoglobiny 40%. Pragnienie bardzo zwiększone. Badanie moczu codziennie od 3 maja do 29 czerwca 1892 r. przedsiębrane wykazuje białka brak, chlorki prawidłowe, oddziaływanie kwaśne, acetonu mały ślad, zresztą:

Dnia	Ilość moczu	C. g.	% cukru	Ilość cukru na dobę w gr.	Dyjeta	Leczenie
3/V	6200	1·032	7·60	471·0	mięszana	bez leczenia
4	6500	1 032	6·67	436·0		
5	5040	1·034	6·50	325·0		
8	8500	1·032	7·00	595·0		
9/V	8500	1 029	5·60	476·0	mięsna	
10	8050	1 032	6 23	500·0		
13	6000	1·029	3·22	193·0		
16	5300	1 031	3·42	181·0		
17	4700	1 030	2 23	151·0		
19/V	4000	1·023	2·42	96 00		Benzosol 3 grm. dz.
20	4679	1·027	1·25	58·00		
21	4000	1·030	0·29	11·60		
23	4360	1 026	0·25	11·30		
26	2950	1·024	0·24	6·96		
17/VI	3500	1·031	0 28	9·80		Benzosol usunięto
23	6000	1 028	0·24	14·40	mięszana	
27	6100	1·031	0·60	36·60		

Z tego widać, że największe liczby przypadają na dyetę mięszaną bez benzosolu, i to ilość moczu od 8500 do 5040 ctm. sz., ciężar gatunkowy od 1 034 do 1·032, odsetek cukru od 7·68 do 6·5%. Mniejsze są wahania przy dyjecie mięsnéj, a mianowicie w ilości moczu od 8500 do 4700 ctm. sz., w ciężarze od 1 032 do 1 029, w odsetku cukru od 6·23 do 2·23%.

Najmniejsze cyfry wykazuje czysta dyeta mięsna w połączeniu z benzosolem, bo w ilości moczu od 6 100 do 2900 ctm. sz., w ciężarze gatunkowym od 1 031 do 1 028, w odsetku od 1·25 do 0·14 gr.

J e ż e l i w i ę c p o r ó w n a m y d z i e ń w s t ą p i e n i a d o k l i n i k i, w k t ó r y m b a d a n i e w y k a z u j e u t r a t ę c u k r u n a d o b ę 471 gr. i p r z e c i ę t n ą l i c z b ę w y k a z u j ą c ą u t r a t ę c u k r u n a d o b ę t. j. 300·5 gr. z d n i e m o s t a t n i m, w k t ó r y m c h o r y b e n z o s o l z a ż y w a ł, tj. 17 c z e r w c a, w y k a z u j ą c y m u b y t e k c u k r u 9·8 grm. n a d o b ę; z e s t a w i e n i e t o b ę d z i e n a j w y m o w n i e j s z y m d o w o d e m d z i a ł a l n o ś c i i s k u t e c z n o ś c i b e n z o s o l u w tym przypadku. Potwierdzenie tego znajdziemy i w przybytku na wadze. W dniu przybycia chory 46 klg., ciężar następnie opada na 44·800 klg. w dniu 17/5; 25 maja zanotowano w historyi choroby 46.400 klg, a 12 czerwca waga ciała wynosi 47·750 klg. i utrzymuje się nadal na téj wysokości. Przybyło więc chorego blisko 2 klg. na wadze. Badanie przedmiotowe w dniu wyjścia świadczy również o skuteczności benzosolu; skóra nie łuszczy się zupełnie, pragnienie znacznie mniejsze, łaknienie w granicach naturalnych, chory przedmiotowo czuje się zupełnie zdrowym. Rysy twarzy przedtem zaostrzone zmieniły się, twarz się zaokrągliła.

P r z y p a d e k IV. S Cz., lat 16, przebywał krzywicę; choroba obecna rozpoczęła się w kwietniu 1892 r. od bólu w kolanach, silnego pragnienia, suchości w gardle i zwiększenia apetytu, graniczącego z żarłocznością. Badanie przedmiotowe wykazuje hemoglobiny 68%, budowę wątłą, skórę suchą, cienką, tkanki tłuszczowéj prawie brak zupełnie, zmiany krzywicowe na czaszce i na klatce piersiowéj, przytłumienie w obu szczytach od tyłu, po prawéj stronie w szczycie rzężenia drobnobańkowe niedźwięczne, po lewéj szmer chuchający, przerost serca lewego, zaostrzenie drugich tonów nad tętnicami, wzdęcie brzucha, rozdęcie pęcherza moczowego, zmniejszenie odruchów kolanowych ścięgnistych, przy chodzeniu ból w mięśniach łydkowych. Ciepłota niepodwyższona, tętno 100.

Mocz barwy winowo-żółtéj, przeźroczysty, oddziaływanie kwaśne, chlorki prawidłowe, białka brak, a co do ilości ciężaru gatunkowego i cukru:

Dnia	Ilość moczu	C. g.	% cukru	Ilość cukru na dobę w gr.	Dyjeta	Leczenie
15/VI	3500	1·035	2 80	98 0	mięszana	bez leczenia
19	8000	1·033	2·25	180 0		
21	7600	1 028	3·35	245·0		
25	5000	1·024	1·68	84·0	mięsna	
29	3000	1 026	3·50	105 0		Benzosol 3 grm. dz.
1/VII	2800	1·025	2·42	67·76		
3	4000	1·026	2·341	94·64		
5	3250	1·029	3 00	91·50		
7	4500	1·025	1·13	50 85		
9	2900	1·027	1·00	29.0		

D. 9 lipca z powodu zamknięcia kliniki dalszą obserwacyję przerwano.

Zanadto krótko przebywał chory w klinice, wahania zaś co do odsetku cukru podczas dyety mięszanéj i mięsnéj były tak znaczne, że ażeby oznaczyć przeciętną ilość moczu i cukru przy podawaniu jednéj i drugiéj pozostało tylko 10 dni czasu na podanie benzosolu.

Możnaby nie przywiązywać żadnéj wagi do odsetka 1%, do zmniejszonéj ilości moczu i ciężaru gatunkowego w dniu opuszczenia kliniki, gdyby nie wzgląd na wagę ciała. W dniu przybycia wynosił ciężar ciała 28 300 klg., do dnia 28 czerwca opadł o 500 gr. odtąd wśród benzosolu się podnosi o 1·400 gr. tak, że chory wychodząc z kliniki zyskał na wadze 900 gr.

Jeżeli zestawimy przybytek ciężaru z badaniem moczu, a uwzględnimy wejrzenie chorego, w każdym razie lepsze, będziemy musieli podobnie jak w przypadkach poprzednich poprawę odnieść do zadziałania benzosolu.

Omówiwszy cztery przypadki kliniczne, w których tak dyeta, jakoteż leczenie było pod ścisłym nadzorem, przedstawię teraz cztery przypadki leczone ambulatoryjnie, w których podawano benzosol po większéj części dla braku kontroli przy dyjecie mięszanéj, badanie zaś chemiczne ograniczano tylko do oznaczenia własności ogólnych moczu, obliczenia odsetka cukru i białka, jeżeli takowe mocz zawierał. I w tych przypadkach odniosło podawanie benzosolu należyty skutek, a w 2 nawet zdołało usunąć choć może nie na zawsze, jednak na czas pewien, cukier gronowy z moczu.

Przypadek V. L. S., w roku 1887 poddał się operacyi kolosalnego karbunkułu (prof. Mikulicz). W moczu stwierdzono wtedy 6–7% cukru. Po *natr. salic. cum opio* ilość cukru zmalała, w kilka miesięcy zaś pojawiło się białko. Leczenie w Karlsbadzie usunęło na krótki czas białko i cukier.

Z początkiem maja b. r. zgłosił się do kliniki.

Badanie wykazało przedwczesne wejrzenie starcze, budowę wątłą, skórę suchą, rozległe blizny na plecach po operacyi wąglika, miażdżycę tętnic obwodowych, przerost serca, nacieki gruźlicze w szczytach, szczególnie po stronie prawéj, utratę sił w wysokim stopniu.

Mocz: c. g. 1·016, jasny, oddziaływanie kwaśne, białko w pokaźnéj ilości (0·26%), cukru 2·667%, chlorki prawidłowe, aceton wyraźny.

Wśród dyety mięsza ·éj i używaniu 3 gr. benzosolu dziennie przebieg był następujący.

Dnia	C. g.	% cukru drog. chem.	% potar.	% Białka	Dyjeta	Leczenie
5/V	1·0,6	2·667	2·2	0·26	mięszana	Benzosol 3 gr. dz.
6	1·020	1·250	1·2	—		
7	1·017	1·390	1·3	—		
8	1·017	1 217	1·1	0·15		
9	1·017	0·622	0·2	0 26		
			w lewo			
11	1·016	0·350	0·9	—		
14	1·016	0·084	0·5	0·1		
16	1·015	0·076	0·4	0·09		
17	1 014	0 048	—	—		
18	1·014	0·004	0·1	—		Benzosol
19/VI	1·017	0 140	—	0·13		usunięto

Wnosząc z powyższéj tablicy, do benzosolu odnieść musimy widoczne polepszenie. Przechodząc rubrykę odsetek przekonywamy się przy oznaczeniu drogą chemiczną, że ilość cukru zmalała 18 kwietnia do 0 004%, zaś przy oznaczeniu przyrządem polaryzacyjnym cukier gronowy znikł już 10 kwietnia, od tego dnia począwszy mamy zwracanie się płaszczyzny polaryzacyjnéj ku stronie lewéj. Przypuścić więc musimy, iż albo cukier gronowy znikł zupełnie 11 kwietnia, a powyższe cyfry, a przynajmniéj cztery ostatnie, odnoszą się do kwasu bedźwinowego, powstałego wskutek rozkładu benzosolu w jelitach, który wydalony moczem po zagotowaniu odtlenia również wodnik miedziowy, albo też, co jest mniéj prawdopodobnem, do lewulosy, ta bowiem daje reakcyę chemiczną cukrów, a skręca płaszczyznę na lewo.

D. 18 maja chory wyjechał i benzosolu nie zażywał, zapewne skutkiem tego po powrocie 19 czerwca badanie moczu wykazało zwiększenie się cukru do 0·140%, przytem zmiany gruźlicze powiększyły się a odżywienie podupadło.

(Dokończenie nastąpi).

II. Mleko wapienne jako środek desinfekcyjny.

Podał

Prof. N. Cybulski.

(Dok. Patrz Nr. 44).

Że to przypuszczenie nie jest nieuzasadnionem, mogę wskazać na doświadczenia pp. Manfrediego i Serafiniego (*Ueber das Verhalten von Milz-brand und Cholerabaccillen in reinem Quarz- und reinem Marmorboden. Arch. f. Hygiene* Bd. XI, str. 1), którzy wykazali, że w gruncie, złożonym z drobnego proszku marmuru, bakteryje choleryczne i wąglika rozwijają się o wiele energicznéj, niż wśród tych samych warunków w gruncie kwarcowym.

Mając przeświadczenie tak na podstawie powyższych badań przytoczonych autorów, jakoteż na podstawie chemicznych własności używanego środka, że desinfekcyja tego rodzaju nietylko nie przyniesie korzyści, lecz może sprowadzić niewątpliwą szkodę, bądź wskutek tego, że rzeczywiście zakażone miejsca publiczne nie zostaną należycie zdesinfekcyjonowane, bądz przez to, że niektórzy obywatele miast zaczną stosować ten środek nawet w tych przypadkach, w których żadna z komisyj by go nie zalecała, uważałem za stosowne przekonać się faktycznie o działaniu tego środka i w tym celu korzystając, że w naszem mieście także użyto mleka wapiennego do desinfekcyi rynsztoków, wykonałem następujące doświadczenie.

Zanotowawszy dokładnie godzinę, o któréj polano rynsztok mlekiem wapiennem, brałem po upływie 20 m. 3 i 5 godz. dokładnie wysterylizowaną łopatką błoto z rynsztoka do sterylizowanéj rurki probierczéj i następnie znanym sposobem wysiewałem na żelatynie. Dla porównania brałem do rurki sterylizowanéj także błoto z kilku sąsiednich rynsztoków nie polanych wapnem i również wysiewałem na żelatynie. Badania te uskuteczniłem w pracowni bakteryjologicznéj prof. Rydygiera. Ponieważ dokładne oznaczenie ilości użytego do badania błota wobec zanieczyszczenia go wapnem było niemożliwe, zmuszony byłem ograniczyć się jedynie do badań jakościowych. Brałem więc na oko za pomocą uszka drucika platynowego małą ilość błota, przenosiłem je do żelatyny w jednéj rurce probierczéj, z téj przenosiłem pewną małą ilość (10 razy zanurzałem drucik) do drugiéj, z téj w końcu do trzeciéj. W ten sposób otrzymywałem trzy rozcieńczenia, czyli 3 numery mięszaniny; następnie po dokładnem wymięszaniu wylewałem żelatynę na płyty i pozostawiałem w ciepłocie pokojowéj. Już na drugi dzień na wszystkich płytach bez względu na to, czy błoto było wzięte z rynsztoków desinfekcyjonowanych czy niedesinfekcyjonowanych, na wszystkich płytach można było stwierdzić gniazdka rosnących bakteryj, szczególnie na pierwszym i drugim numerze płyt; z nich niektóre rozpuszczały żelatynę nadając jéj przykrą śmierdzącą woń, inne żelatyny nie rozpuszczały, lecz tworzyły nie mniéj wyraźnie ograniczone kępy. W niektórych płytach zjawiały się także grzyby (pleśnie). Na 3. dzień wzrost bakteryj był zwykle tak znaczny, że pierwsze numera przedstawiały żelatynę prawie zupełnie rozpuszczoną, trzecie zaś były także zasiane wielką ilością rozmaitych gniazd bakteryjnych. Jakiejkolwiek różnicy między płytkami z błota desinfekcyjonowanego lub niedesinfekcyjonowanego stanowczo spostrzedz nie było można.

Fakt ten więc najdokładniéj stwierdził przytoczone wyżéj zdanie, że polewanie wapnem rynsztoków i placów

nie może mieć żadnego celu, ponieważ środek ten bynajmniéj nie jest w stanie zabić te niższe ustroje, które gnicie lub inne procesy rozkładowe substancyj organicznych wywołują.

Spostrzeżeniom powyższym można było jednakże zarzucić, że nie tyczyły się one bakteryj cholerycznych, których w danym razie błoto nie zawierało, które jednakże, gdyby się tam znajdowały, mogłyby być zabite. Ażeby i pod tym względem nabrać osobistego przekonania, powziąłem zamiar przeprowadzić podobne badania z błotem, zakażonem bakteryjami cholerycznemi. Na szczęście od tych nieprzyjemnych doświadczeń uwolnił mnie sam winowajca całéj téj desinfekcyi p. Pfuhl, który w Nrze 39 *Deutsche med. Wschrft* przytacza własne doświadczenie dokonane w tym samym celu. Podaję je bez tłomaczenia: „*Es war noch von Interesse zu erfahren, ob auch die Desinfection gelingt, wenn man die Kalkmilch nur zugiesst und nicht weiter durch Vermischen nachhilft. Bei der Ausführung dieses Versuches senkte sich die Kalkmilch sehr rasch an Boden und vermengte sich nur theilweise mit dem Darminhalte. Nach einer Stunde war nur ein Theil der Cholerabaccillen abgetödtet, nicht ihre gesammte Menge. Dies war also ein Misserfolg*“. Doświadczenie to samego p. Pfuhla jest nietylko ważne z tego względu, że ostatecznie może przekonać rozmaite komisyje choleryczne, iż za daleko posunęły gorliwość w używaniu wapna; ale także z tego, że może służyć dla charakterystyki samego autora. Twierdzi on bowiem, że tylko część bakteryj cholerycznych została zabitą nie zaś cała ich ilość, nie podaje jednakże zupełnie, na jakiéj podstawie twierdzenie swoje opiera. Tymczasem byłoby rzeczą bardzo ważną dowiedzieć się od p. Pfuhla, w jaki sposób zabite bakteryje w wypróżnieniach wylanych na ziemię odróżniał od żywych, w jaki sposób całą ich ilość policzył, i jeżeli rzeczywiście się przekonał, że część ich była martwą, to z czego wnosi, że one zostały zabite mlekiem wapiennem, nie zaś zginęły od kwasów lub soli, które w ziemi mogły się znajdować? Jedno powyższe zdanie wystarcza zupełnie, aby ocenić autora. Twierdzenie autora, jakoby tylko część bakteryj pozostawała przy życiu, wobec sposobów badania, jakich mógł w tym przypadku użyć, jest jak najzupełniéj dowolnem.

Widzimy więc, że wogóle sprawa desinfekcyi mlekiem wapiennem opiera zię tylko wyłącznie na doświadczeniach autora, który jak z jego ostatniéj pracy wnosić można, bynajmniéj na takie zaufanie nie zasługuje. Lecz gdybyśmy nawet przypuścili, że ta część doświadczeń Pfuhla, w któréj on podaje wyniki dodatnie, jest zupełnie zgodna z rzeczywistością, to i tak w praktycznem zastosowaniu jego doświadczeń posunięto się za daleko, zastosowano bowiem środek zalecony przez niego w taki sposób, do jakiego żadne doświadczenia nie upoważniły.

Wypada mi podnieść tu jeszcze jednę okoliczność. Do nowych doświadczeń zmusiły p. Pfuhla spostrzeżenia Eykmanna w Batawii, który miał się przekonać, że środek zalecany przez p. Pfuhla jest zupełnie nieodpowiednim nawet dla desinfekcyi świeżych wypróżnień cholerycznych. Tę różnicę w wynikach spostrzeżeń jednego i drugiego autora mogą nam do pewnego stopnia tłómaczyć badania Hüppego (*Berliner Wochenschrift* 1889), który podaje, że żywotność bakteryj cholerycznych jest zmienna, zależnie od okoliczności, wśród których one się znajdują. Jeżeli bakteryje choleryczne są w stanie anaerobitów, jak to np. ma miejsce prawdopodobnie w przewodzie pokarmowym człowieka, wtedy odporność ich jest bardzo słabą; żywotność ich przeciwnie stopniowo wzrasta z chwilą, jak one zostają pod wpływem wolnego dostępu tlenu tak, iż po kilku godzinach stają się w wypróżnieniach chorych cholerycznych o wiele odporniejszemi, niż w wypróżnieniach świeżych. Tem się tłomaczy prawdopodobnie i ten fakt, który zresztą prawie w każdéj epidemii był stwierdzony, a w roku bieżącym znowu szczególnie w Hawrze był obserwowany, że praczki, które dopiero po pewnym czasie mają do czynienia z bielizną, zanieczyszczoną bakteryjami cholerycznemi, ulegają zakażeniu daleko częściéj niż lekarze, którzy mają do czynienia z bakteryjami świeżemi. P. Gibert np. zwraca uwagę, że w ciągu tegorocznéj epidemii w Hawrze, we wszystkich pralniach w okolicy Hawru, dokąd przewożono nieodrażaną bieliznę, pojawiły się przypadki choleryczne, gdy zaś następnie burmistrz wydał zakaz przewożenia bielizny nieodwietrzanéj w desinfektorach, przypadki zasłabnięć praczek więcéj się nie powtarzały. Téj okoliczności, że żywotność bakteryj cholerycznych może być zmienna, p. Pfuhl zupełnie nie uwzględnił, tymczasem według mego zdania nie można wątpić, że wogóle i w kulturach sztucznych i w tych wypróżnieniach, które p. Pfuhl za pomocą kultur zakażał, odporność bakteryj była inna niż w przypadkach swobodnego rozwoju bakteryj na powietrzu, w gruncie lub w samych nawet wypróżnieniach. Zresztą ta niejednakowa odporność bakteryj przecinkowych jest znaną także z innych doświadczeń; np. pp. Canestrini i Morpugo oznaczając ciepłotę, która zabija bakteryje choleryczne w kulturach, znaleźli, że podczas gdy w starych kulturach laseczniki ginęły całkowicie już w ciepłocie 44°, młode musiały być ogrzane do 47° i wyżéj. Wiadomo także, że niektórzy inni autorowie twierdzą, iż dla zniszczenia bakteryj cholerycznych potrzeba je ogrzać nawet do 60°.

W końcu wypada mi jeszcze zaznaczyć, że p. Pfuhl stói na stanowisku, jakoby już żadnych wątpliwości nie było co do etyjologii cholery, tj. jakoby tylko lasecznik przecinkowy był wyłącznym sprawcą cholery, tymczasem zapatrywanie to do dzisiejszego dnia nie jest bynajmniéj powszechnie przyjętem. I np. jeszcze w r. 1890 Dr. Cunningham z Kalkuty (cyt. podług *Centrblt. f. Bakt.* 1891) ogłosił pracę, w któréj dowodzi, że w obserwowanych przez siebie przypadkach cholery znalazł nie jeden, lecz co najmniéj 10 rozmaitych gatunków, które bądź po kilka razem, bądz pojedynczo wywoływały wszystkie symptomata cholery. Do tego samego wniosku, że epidemija cholery zależy nie od jednego lecz kilku gatunków bakteryj, przychodzą także w Nrze 41 „Wracza“ Drowie Blokstein (z Baltimory) i Szubenko na podstawie swoich obserwacyj i doświadczeń w Baku podczas tegorocznéj epidemii. Podobne zapatrywania wypowiadają także i inni lekarze.

Mając to wszystko na względzie, sądzę, że na tę wyjątkową zdolność bakteryj cholerycznych umierania od tak niewinnego środka, jakim jest wodnik wapniowy, trzeba się zapatrywać z wielką ostrożnością. Badania Pfuhla bynajmniéj nie mogą zachwiać tego przekonania, które już od dawna w nauce istnieje, że wapno nie gaszone lub gaszone jest bardzo słabym środkiem desinfekcyjnym i że go można użyć tylko w wyjątkowych przypadkach i w ściśle określonych warunkach, tam zaś gdzie trzeba energicznie działać i walczyć z inwazyją nieproszonego gościa, trzeba używać tylko

środków, co do których nie może być żadnej wątpliwości. Takiemi są, naprzykład, zastosowane obecnie w Petersburgu ogrzewania wypróżnień cholerycznych chorych do ciepłoty wrzenia w ciągu 1—2 minut, takiemi są zresztą sublimat i kwas karbolowy w odpowiedniem rozcieńczeniu i wiele innych.

Co się tyczy specyjalnie kwestyi desinfekcyi rynsztoków, to sądzę, że daleko większe znaczenie miałoby utrzymanie czystości, niż polewanie wapnem, które, jak widzieliśmy wyżéj, bynajmniéj procesów rozkładowych zatrzymać nie może. Byłoby niewątpliwie o wiele korzystniéj, gdyby nawet w miastach nie posiadających wodociągów, lecz o ulicach jako tako brukowanych, w razie wzmożenia się epidemii codzienne przemywanie rynsztoków wodą, co wobec faktu, że prawie na każdem podwórzu znajdzie się studnia, nie byłoby rzeczą trudną, a miałoby przynajmniéj ten dodatni rezultat, że rynsztoki byłyby rzeczywiście czyste, gdy tymczasem obecnie pod warstwą białego wapna kryją się całe pokłady gnijącego błota a w niem nieskończona ilość żywych bakteryj.

Tak się przedstawia sprawa desinfekcyi mlekiem wapiennem.

III. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44.)

10. Stanisław Zieliński, lat 6, przyjęty 13 grudnia 1879. Choroba trwa od dni czterech i rozpoczęła się silnym bólem głowy, zaparciem stolca i bezsennością. Wymiotów całkiem nie było.

Dobrze odżywiony, na skórze blizny po ospie, którą przebył przed rokiem. Gruczoły karkowe drobne, twarde. Prócz przytłumionego odgłosu wypukowego po stronie lewéj kręgosłupa między nim a łopatką a braku w tem miejscu szmerów oddechowych, nic w klatce piersiowéj nieprawidłowego wykazać nie można. Brzuch zapadły, nie bolesny, śledziona niemacalna. Chory senny, na czole zmarszczki, lewa powieka górna opadła, chwilami zez zbieżny, lewa źrenica szersza. Zgrzytanie zębami. Ciepłota w. 38·2, tętno 100. Badanie moczu wykazuje silnie zwiększoną ilość kw. moczowego, barwików i fosforanów, małą ilość białka a bardzo znaczną ilość fosforanu wapniowego zasadowego.

14 grudnia c. r. 38·0, c. w. 38·6. Nawpół tylko przytomny, krzykliwy, rysy prawéj połowy twarzy zamazane.

Do dnia 19 stan ten sam, ustawiczne zaparcie stolca, brak jednak wymiotów, wykrzykiwanie, niepokój, bezsenność, mienienie się twarzy. Tętno wolnieje, ze 100 schodzi do 60 uderzeń, tylko przy podnoszeniu głowy o wiele szybsze. Ciepłoty ranne 38·0 wieczorne 38·2

„ 37·6 „ 38·0

„ 37·2 „ 37·6

„ 38·2 „ 37·2

19 grudnia c. 37·6 „ 37·8, tętno zaś 140 do 162. W szczycie płuca prawego wdech nieoznaczony, wydech huchający. Przed północą jeden napad drgawek ogólnych blisko godzinę trwający.

20/XII c. r. 38·5, tętno 136. Kontraktury kończyn tak górnych jak i dolnych, skurcz mięśni karkowych, nieckowate zaklęśnięcie brzucha. Źrenice obie silnie rozszerzone, reakcyja na światło bardzo leniwa. Połykanie bardzo trudne. Stłumienie odgłosu wypukowego nad całym szczytem płuca prawego. C. w. 37·8.

21/XII c. r. 37·2, c. w. 36·4.

22 c. r. 37·0, w. 36·8. O godzinie 3 nad ranem słabe drgawki kończyn górnych.

23 c. r. 36·4, w. 37·0. Drżenie wszystkich członków.

24 c. r. 36·1. Wśród słabych drgawek umarł o godz. 5½ po południu.

Sekcyja wykonana 26 grudnia wykazała: *Leptomeningitis basilaris tuberculosa acuta sbsq. hydrocephalo interno acuto, tuberculosis utriusque pleurae, pulmonum et hepatis miliaria. Catarrhus intestini tenuis, hyperplasia glandul. mesaraicarum.*

W przypadku tym zwracało uwagę przedewszystkiem całkiem dobry stan odżywienia, daléj brak w ciągu całéj choroby wymiotów, stopniowe obniżanie ciepłoty i brak nawet podwyższenia przedśmiertnego, słabe i rzadkie ataki drgawek, nieznaczne objawy podstawowe. Pod względem anatomiczno-patologicznym odznacza się przypadek ten brakiem ogniska serowatego czy to w gruczołach, czy płucach, czy gdzieindziéj a tylko nielicznie rozsianemi świeżemi gruzełkami drobnemi na opłucnych, w płucach i wątrobie. Badanie dna oka wziernikiem w dniach 15 i 17 grudnia nie okazało jeszcze nic nieprawidłowego, w dniu zaś 21 stwierdzono tylko zmiany odpowiadające tarczy zastoinowéj.

11. Helena Siedlakówna, lat 2, przyjęta 10 stycznia 1880. Źle odżywiona, na skórze czyraki, gruczoły powiększone twarde. Nad szczytem płuca prawego wypuk stłumiony, wdech nieoznaczony, wydech słabooskrzelowy, w reszcie płuca wdech pęcherzykowy, wydech słyszalny pokryty rzężeniami i furczeniami. Serce prawidłowe. Brzuch duży, wzdęty, śledziona powiększona, gruczoły pachwinowe liczne, przerosłe. Trawienie prawidłowe. Ciepłota wieczorna 37·6.

12 stycznia. Wśród dnia miała dwa razy krótkotrwałe ataki drgawek w odstępach kilkugodzinnych. Pierwszy raz obejmowały drgawki mięśnie twarzy i kończyn górnych, drugi raz ograniczył się atak tylko do silnego wywrócenia gałek ocznych na stronę prawą i do *nystagmus.* Po napadach, trwających tylko po kilka minut, powrócił zaraz stan dawniejszy, c. w. 38·2.

13/I. Mocz badany nie okazywał ani śladu białka. Ciepłota r. 37·2, c. w. 38·7. Tętno spokojne. Dziecko bawi się i je z apetytem.

14. Stan taki sam, ciepłota ranna 47·0, ciepł. wieczorna 38·2, tętno 68.

15. Jednorazowe, dość długie skurczowe ustawienie gałek ocznych ku stronie prawéj, c. w. 38·8, tętno 72.

16 i 17 nic nowego nie zaszło, stan płuc ten sam, w trawieniu zaburzeń niema; ciepłoty ranne 36·8 i 37·4, wieczorne 38·5 i 38·8. Dopiero 18 ku wieczorowi znów napad drgawek górnéj połowy ciała, potem wzrok wystraszony, nieprzytomność, wykrzykiwanie.

19 po południu wśród drgawek umarła.

Sekcyja wykonana 21 stycznia wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa sbsq. peribronchitide caseosa lobi superioris dextri pulmonis et tuberculosi miliari pulmonum, hepatis, lienis nec non meningitide tuberculosa. Hyperplasia glandularum mesaraicarum.*

Przebieg zapalenia opon w przypadku powyższym odróżnia się pod bardzo wielu względami od przebiegu typowego. Według podania matki, szwaczki, nie okazywało dziecko w domu żadnych objawów gastrycznych przed oddaniem do szpitala, jedynemi objawami chorobowemi były tylko kaszel, gorączka wieczorna i chudnienie. Podczas 9 dniowego pobytu w szpitalu nie zauważono ani razu wymiotów, stolec nie był zatrzymany, brzuch przez cały czas był wysklepiony, wzdęty, nie było śpiączki, niepokoju, wykrzykiwań i bezprzytomności, jak dopiero w dniu przedostatnim we 24 godzin przed śmiercią. Jedynym wyłącznie objawem zwracającym uwagę na możliwość cierpienia mózgowego były drgawki w dniach 12, 15 i 18 stycznia. Drgawki te jednakowoż tak pod względem długości trwania, jak i swéj postaci i natychmiastowego powrotu dziecka do stanu poprzedzającego o wiele więcéj miały cechę drgawek samoistnych (*eclampsia*), aniżeli drgawek objawowych cierpienia

anatomicznego. Dopiero w dniu ostatnim pouczyły nas i inne objawy, że mamy do czynienia z zapaleniem opon.

12. Wiktor Morgenstern, lat 10, przyjęty 23 marca 1880. Przed rokiem przebył ciężkie zapalenie płuc. Od lat trzech cierpi na padaczkę, napady występowały tylko rzadko po silnych wzruszeniach. Obecna choroba rozpoczęła się przed 14 dniami brakiem apetytu, bólem głowy, zatrzymaniem stolca i napadem padaczkowym. Potem przybyły wymioty, nieregularne a znaczne podwyższenia ciepłoty, rozdrażnienie i drgawki.

Status praesens: Kościec prawidłowy, stan odżywienia dobry, podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięta, na skórze występują bardzo łatwo przy ucisku plamy Trousseaua, mięśnie jędrne. Błona śluzowa ust i dziąseł żywo czerwona, na wardze górnéj dwa pęcherzyki wyprysku (*herpes*), język czerwony, wilgotny. Powieki wpół przywarte, źrenice wąskie, gałki oczne skurczowo ku stronie lewéj skierowane, chwilami *nystagmus*. Bezprzytomność zupełna, chory nie oddziaływa na żadne bodźce zewnętrzne. Lewa połowa ciała w ciągłych drgawkach przerywanych, na kończynie prawéj górnéj tylko drżenie mięśniowe, dolna zaś spokojna, odruchy podeszwowe prawidłowe, odruchy ścięgniste obu podudzi zwiększone. Czucie upośledzone. Pod obojczykiem lewym odgłos wypukowy stłumiono bębenkowy, z tyłu zaś krótszy ponad obydwoma szczytami płuc. Oddech przyspieszony, przerywany, pokryty rzężeniami grubemi tchawicowemi. Uderzenie serca rozlane, wymiary prawidłowe, tony czyste, rytm nieregularny. Tętno prawie nie przyspieszone, przepuszczające. Brzuch miernie wysklepiony, przeczulicy niema, śledziona i wątroba nie powiększone, nieco kruczenia nad kiszką ślepą, lecz nawet przy głębokiem bardzo uciskaniu nie widać, żeby się chory krzywił. Gruczoły pachwinowe nieco przerosłe i twardsze. Ciepłota 37·8. Tężec karkowy miernego stopnia. Wśród badania oddał mocz i stolec pod siebie. W moczu białka niema, chlorki prawidłowe, moczany w ilości zwiększonéj, podobnie fosforany.

Po południu o godzinie 5: ciepłota 38·8, tętno 96. Nieprzytomność trwa daléj, zgrzytanie zębami, wypieki na obydwóch policzkach. Na twarzy, a szczególniéj czole, pot kroplisty. Skóra reszty ciała również przekrwiona, różowa. *Nystagmus* i kurczowe ustawienie gałek daléj się utrzymuje, źrenice nierówne, lewa dwa razy tak szeroka jak prawa, lewy kąt ust obwisły. Oddech głośny przyspieszony, charczący. Drgawki opuściły lewą połowę ciała, tylko jeszcze na kończynie górnéj występują słabe drgawki toniczne, przyczem kciuk chowa się w dłoni przy zaciskaniu palców. Kończyna dolna nie wykonywa przy łechtaniu podeszwy tak silnych i prędkich odruchów jak rano i jak obecnie jeszcze kończyna prawa. Natomiast na kończynach prawych drgawki kloniczne i toniczne. W dolnych częściach płuc liczne rzężenia. Brzuch nieckowato się zapada. Połykanie odbywa się jeszcze dość dobrze. Wymiotów nie było.

24 ciepłota ranna 39·1, tętno 120—140, bezprzytomność ciągła. Tor oddechowy Cheyne-Stokesa. Toczenie piany z ust i ciągłe ślinienie. Drgawki ustały i pozostało tylko lekkie drżenie wszystkich mięśni. Źrenice obie znacznie rozszerzone nie oddziaływają na światło. Na skórze brzucha bardzo obfita potówka, *miliaria crystallina*; pęcherz moczowy wypełniony, stolca nie było. Uwagi godną jest ta okoliczność, iż przy odwiedzeniu chorego przez ojca i odezwaniu się do niego głośnem wystąpiły ruchy skurczowe mięśni twarzy, zwłaszcza koło ust i oddech się przyspieszył jak przy łkaniu. Wieczorem o godzinie 5: Drgawek ani drżenia więcéj nie ma, porażenie zupełne prawéj połowy ciała, odruchy całkiem zniesione. Źrenice obie bardzo mocno rozszerzone, gałek ocznych można dotykać się palcem bez wywołania odruchów. Piana wciąż z ust się toczy. Oddech kurczowy, załapywanie powietrza, charczenie. Tętno niezliczalne, ciepłota 41·5. O godzinie $5^1/_2$ chory życie zakończył.

Sekcyi w przypadku tym nie wykonano, rozpoznanie jednak nie ulega żadnéj wątpliwości; ciekawem byłoby tylko skonstatowanie, czy owe napady padaczkowe nie stały w jakim związku bliższym z powstaniem zapalenia opon, t. j. czy chory nie cierpiał czasem na gruźlicę a raczéj guz gruźliczy mózgu, którego każdorazowe powiększanie się objawiało się napadem padaczkowym i który dał wreszcie sposobność do powstania zapalenia opon. Przemawiałoby za tem także i rozpoczęcie się zapalenia bólem głowy i napadem padaczkowym, jakoteż wybitne drgawki połowicze. Podobny przypadek rozpoczynający się również od napadu padaczkowego opisał H e n o c h.

13. Róża Silbermann, lat $3^1/_2$, przyjęta 26 kwietnia 1880. Matka chora na gruźlicę płuc. Dziecko dotychczas miało być zdrowem. Od dni kilku ma miewać napady zimnicze.

Badanie w dniu 27/IV okazuje: Kościec prawidłowy, stan odżywienia dość dobry. Na skórze twarzy, grzbietu, piersi i na kończynach wysypka częścią plamista, częścią guzkowa, ustępująca tylko niezupełnie pod uciskiem palca, blado-czerwona o postaci drobnéj nieregularnéj, gdzieniegdzie zlewająca się. Skóra brzucha wolna. Błona śluzowa spojówek blada, na podniebieniu twardem plam niema, podniebienie miękkie i przełyk prawidłowo zabarwione. Nieżytu nosa niema. W płucach zmian niema, wymiary i tony serca prawidłowe. Brzuch wielki, wątroba i śledziona powiększone, brzegi wymacalne miękkie. Kruczenie nad zatoką biodrową prawą. Rozwolnienie. Ciepłota ranna 37·3, wieczorna 37·8.

28/IV ciepłota ranna 38·8, wieczorna 39·4. Wysypka obfitsza, słabe zaczerwienienie podniebienia, głos nieco ochrypły, czasem kaszle krótko. Gruczoły podszczękowe obrzękłe. Stan chorobowy odpowiada już wysypce odrowéj, czego w dniu pierwszym nie było. W moczu białka niema, moczany w ilości zwiększonéj.

29/IV c. r. 38·0, w. 37.3. Wysypka blednie, kaszel.

30/IV rano stan bezgorączkowy. Z tyłu po stronie lewéj około kąta łopatki wypuk krótszy, podczas wdechu drobniutkie rzężenia, wysypka tylko jeszcze na udach widoczna. Wieczorna ciepłota 39·0, w y s y p k a w y s t ą p i ł a p o n o w n i e i t o w s t o p n i u s i l n i e j s z y m, na wardze dolnéj po stronie prawéj ukazał się guzek czarnéj barwy, twardawy.

1/V c i e p ł o t a r a n n a 35·1, wysypka w ciągu nocy zbladła, z guzka na wardze utworzył się pęcherzyk o zagłębieniu środkowem; c. w. 36·8.

2/V kaszel, wypiek na policzku prawym, rozpad pęcherzyka i utworzenie się wrzodu, c. r. 36·6. W płucu lewem bardzo wiele drobnych rzężeń. Brak apetytu.

3/V c. r. 37·0, c. w. 39·4. Z wrzodu powstała dzięgna (*stomacace*).

4/V c. r. 37·0, w. 37·0. Otok z przewodu słuchowego lewego, kaszel częsty.

Od dnia 5 do 11 stan ten sam, chora chudnie, kaszle dość wiele, ciepłota tak ranna, jak wieczorna waha się tylko pomiędzy 36·5 a 37·8. Apetyt wraca.

11/V. Odgłos wypukowy po stronie lewéj od tyłu i u dołu stłumiony, odporność znaczniejsza, oddech słabo słyszalny, podczas głębokiego wdechu trzeszczenia, c. r. 37·0, w. 38·5. W moczu śladzik białka.

12/V c. r. 36·5, w. 37·5, rozwolnienie, ślady łuszczenia na twarzy.

13/V c. r. 37·0, w. 38·6. Po stronie lewéj w pasze odgłos wypukowy przytłumiony, oddech oskrzelowy, w szczycie płuca prawego z tyłu skrócenie odgłosu wypukowego. W moczu ślad białka dobrze spostrzegalny, w osadzie składników morfologicznych niema.

14/V stan ten sam, w ciągu dnia 10 stolców odbarwionych, wodnistych.

15/V c. r. 38·0. Ponad całem lewem płucem oddech oskrzelowy, po stronie prawéj z tyłu wydech słabo oskrzelowy, rzężeń znacznie mniéj, ciepłota wiecz. 38·6, stolców 9.

16/V. Ospałość, brak apetytu i humoru, c. r. 37·0, tętno jednak bardzo nikłe, wychudnienie jeszcze znaczniejsze. Chora ze snu się zrywa.

17/V stan ten sam, wymioty.

18/V. Chora leży apatycznie, pół tylko przytomna, od czasu do czasu wzdycha głęboko i jęczy. Czoło zmarszczo-

ne, powieki szeroko rozwarte, spojrzenie oczu groźne, źrenice to wąskie, to szerokie, *nystagmus oscillatorius*. Tężec karkowy, nieckowate zaklęśnięcie brzucha, c. r. 36·8.

W stanie tym zabrana ze szpitala przez rodziców. Po dniach kilku zgłasza się matka po kartkę śmierci i donosi, iż dziecko jeszcze w ten sam dzień dostało gwałtownych drgawek a po kilku dniach zmarło po kilkakrotnych drgawkach i zapadzie ogólnym.

14. Michalina Sechorówna, lat 5, przyjęta 25 maja 1880. Kościec prawidłowy, odżywienie dobre, cera blada, błony śluzowe blade. W narządach klatki piersiowéj zmian niema. Brzuch zaklęśnięty, wątroba i śledziona prawidłowe. Zaparcie stolca, brak apetytu, ból głowy. Powieka górna oka lewego opada. źrenice miernie rozszerzone oddziaływają na światło leniwo. Przytomność zachowana. Stan bezgorączkowy.

26/V c. r. 38·2, w. 38·5, tętno nieregularne.

27/V c. r. 37·0, w. 38·5. Apatyja, ból głowy, zez zbieżny chwilowo, wzrok niepewny, źrenice szerokie. Wymioty. Zgrzytanie zębów.

28/V. W nocy zrywała się ze snu. W ciągu dnia zabrana przez rodziców do domu. O dalszych losach dowiedzieć się nie mogliśmy.

15. Wincenty Gądek, lat 5½, przyjęty 22 lipca 1880. Czaszka mała, na żebrach różaniec krzywiczy. Złe odżywienie, skóra sucha, brudno ziemista, brak małżowiny usznéj prawéj, którą w pierwszych miesiącach życia odgryzła choremu świnia. Gruczoły tak karkowe jak i pachwinowe bardzo liczne, drobne i twarde. Odgłos wypukowy ponad szczytem płuca lewego bębenkowy, oddech zaostrzony, w obu płucach liczne rzężenia różnobańkowe. Brzuch miernie wysklepiony, śledziona znacznie przerosła i twarda. Chory od urodzenia jest niemową i odznaczać się miał usposobieniem złośliwem.

23/VII ciepłota ranna 37·4, kaszel, stolca nie było, c. w. 39·0

24/VII c. r. 37·3, po zażyciu chininy wymioty, kilka stolców po oleju rącznikowym, c. w. 38·5.

25, 26 stan ten sam, c. r. 38·0 i 38·5, c. w. 39·0 i 40·0.

27/VII c. r. 38·5. Wypukiwanie stwierdza posunięcie się nacieku w szczycie płuca lewego ku dołowi, oddech tamże już oskrzelowy, w płucu prawem drobne rzężenia. Wieczorem wymioty, c. w. 39·0.

28/VII c. r. 39·0. Poniżéj kąta lewéj łopatki i nieco na wewnątrz oddech oskrzelowy, powyżéj drobne rzężenia, w pasze prawéj u dołu odgłos wypukowy krótszy, wdech zaostrzony, wydech chuchający, c. w. 39·5, tętno 112.

29 ciepłota jeszcze wysoka, c. w. 40·0 zaś 30 c. r. 37·8 a c. w. 37·0.

31/VII c. r. 37·6. Chory niespokojny badać się nie daje, krzyczy przeraźliwie, gniewa się i trzyma się ręką za głowę, c. w. 37·5.

I/VIII c. r. 37·0. W nocy i w ciągu dnia wymioty, stolca nie było; stan płuc ten sam. Brak apetytu, ospałość.

2/VIII c. r. 37·0. Chory nieprzytomny. Drgawki przerywane kończyn górnych zwłaszcza lewéj. Gałki oczne w ciągłym ruchu, to zez zbieżny, to rozbieżny. Oddech nieregularny, charczący, brzuch zaklęśnięty, gruczoły oskrzelowe z łatwością wymacać można: tętno zwolnione, 60 na minutę, jednak nieregularne, przy ruchach głową liczba znacznie się wzmaga. Palce sine. Wieczorem o 5 c. w. 38·5. Leży z powiekami wpół przywartemi, gałki oczne kurczowo ku stronie lewéj zwrócone, źrenice wąskie, *paresis facialis dextra, nystagmus*. Ustawiczne ruchy ustami jakby przy gryzieniu i mlaskaniu, drgawki ciągłe obu kończyn górnych i skubanie kołdry palcami ręki lewéj. Kończyna lewa dolna wyprostowana, stężona, prawie całkiem zgiąć się nie daje. Czucie i odruchy na obydwóch kończynach dolnych zmniejszone.

3/VII c. r. 38·5. Stan taki sam, źrenice szerokie oddziaływają tylko bardzo leniwo na światło, przykurczenia kończyn połowy lewéj, c. w. 40·3. Tor oddechowy Cheyne-Stokesa.

4 sierpnia o godzinie 4 rano umarł.

Sekcyja wykonana 4 sierpnia o godzinie 10 wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa sbsq. infiltratione pulmonis sinistri tuberculosa. sbsq. meningitide basali tuberculosa recenti. Pneumonia lobularis dextra. Melanosis lienis et hepatis, hyperplasia glandul. mesaraicarum. Residua post catarrhum chronicum intestini tenuis.*

Na podstawie mózgu w sąsiedztwie nerwów wzrokowych nagromadzona mierna ilość wypociny zielono żółtéj trzęskiéj, przechodzącéj po części na opony w zatokach Sylwiusza, nadto tak w tych miejscach jak i w sąsiedztwie i na móżdżku rozsiane dość liczne gruzełki. Komórki mózgowe zawierają nieznaczną ilość płynu surowiczego nieco mętnego. Miąższ mózgu prawidłowy.

Zboczeń jakich dawniejszych lub wrodzonych tłómaczących niemotę chorego mimo skrzętnych poszukiwań nie wykryliśmy. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chemija lekarska.

Griffiths: **Nowy leukomain.**

Od roku 1881, kiedy Armand Gautier wykrył zasady wytwarzane przez żywe komórki organizmu, wydzielające się z ustroju po części moczem, a nazwane przez niego leukomainami, zajęła się niemi chemia i poczęto poszukiwać je w moczach osób chorych. W ostatnich czasach wykazał G. w moczu epileptyków leukomain, silnie trujący, krystalizujący w białych skośnych słupkach, o składzie $C^{12} H^{16} N^5 O^7$. Leukomain Griffithsa daje biały osad w obec rozczynu sublimatu, żółty z azotanem srebrowym, podobnie i z kwasem karbolowym. Objawy zatrucia nim przedstawiają się jako drgawki, biegunki, parcie na mocz, rozszerzenie źrenicy, w końcu śmierć. G. uzyskał go w następujący sposób: znaczniejszą ilość moczu zalkalizowanego węglanem sodowym wytrawiał eterem w ilości równéj połowie ilości moczu roztrząsając dokładnie mięszaninę. Po odstaniu i odsączeniu, wstrząsał eter z rozczynem kwasu winowego, w celu utworzenia rozpuszczalnego winianu leukomainu. Teraz powtórnie alkalizował rozczyn eterowy węglanem sodowym i znowu wytrawiał eterem. Po wyparowaniu eteru, uzyskał leukomain w postaci osadu. (*Gazette médic. de Paris* Nr. 31 1892).

Dr. Wachholz.

Choroby oczne.

Lindsay-Johnson: **Nowy sposób leczenia przewlekłéj jaglicy.**

J. rozróżnia dwa rodzaje chronicznéj jaglicy; 1. *trachoma papillare*, w którem charakterystyczną cechą jest przerost brodaweczek, podczas gdy ziarna są niezbyt widoczne, 2. *trachoma folliculare*, niewłaściwie zwane *granulosum* o wybitnych ziarnach. Stellwag odróżnia jeszcze *trachoma mixtum*, gdzie obok znacznego przerostu brodaweczek widać téż dobrze i ziarna jaglicowe. Cechą jednak jaglicy, czy w jednej czy w drugiéj postaci występującéj są ziarna i jakkolwiek te w wielu przypadkach właśnie *trach. papillare* są niejako zagrzebane w obrzmiałéj i przerosłéj spojówce, jednak zawsze się znajdują. Sam przerost brodaweczek wywołać mogą rozmaite bodźce drażniące, jaglicę zaś zdaniem autora wywołują mikroorganizmy i to rozmaite ich formy.

Zgodnie z Raehlmanem dzieli chorobę na trzy okresy: I. tworzenie się i bujanie ziarn w spojówce, czemu może towarzyszyć już i łuszczka rogówkowa. II. zwyrodnienie tłuszczowe ziarn jaglicowych z następowemi wrzodami. III. okres wytwarzania się blizn.

Ze względu na leczenie najważniejszym jest I okres, gdyż tylko w tym okresie można uzyskać zupełne wyleczenie. Lecząc jaglicę, powinno się starać ułatwić ziarnom ustąpienie i sprowadzić takie zmiany, które niszczą energię mikroorganizmów czyniąc je przez to nieszkodliwemi. Małe korzyści dotychczasowego leczenia przypisuje temu, że używane środki powierzchownie tylko działają, bo nawet *adstringentia* nie wnikają w głąb powieki, zwłaszcza w za-

łamku, gdzie zazwyczaj ziarna najliczniéj są usadowione. Z drugiéj strony zbyt energiczne leczenie np. galwanokauterem może sprowadzić takie same blizny i kontraktury jak i samo *trachoma.*

Wychodząc z zasady, że elektroliza mogłaby usunąć ziarna jaglicowe i na przyczynę takowe wywołującą zadziałać, ulepszając z biegiem czasu sposób stosowania téjże na spojówce, podał wreszcie metodę operowania jaglicy, pozwalającą w głębsze części zajętéj spojówki wniknąć. Operacyja jest następująca: W przypadku *trach. chron.* lub *papillare* jak i *folliculare* w narkozie chloroformowéj odwija się powiekę górną na szpatułce kauczukowéj i napina spojówkę ostrym haczykiem, trzymając oba te narzędzia w lewéj ręce. W prawą rękę bierze się nożyk przez autora umyślnie do tego celu podany o trzech ostrzach obok siebie w jednéj linii umieszczonych, płytka ruchoma pokrywająca z boku ostrza daje się tak ustawić, że te dowolnie 2—4 mm. mogą wystawać, a zależy to od głębokości do jakiéj się chce naciąć spojówkę. Im jest większe rozpulchnienie i większe brodawki, tem należy głębiéj nacinać. Prowadząc następnie nożyk lekko łukowato od jednego kąta powieki do drugiego równolegle do brzegu powiekowego, zadaje się od razu w spojówce trzy równoległe do siebie cięcia, następne cięcie prowadzi się w ten sposób, że pierwszy brzeszczot wchodzi w cięcie zrobione poprzednio przez trzeci itd. W ten sposób napinając odpowiednio haczykiem spojówkę, żeby się załamek dobrze wywinął, otrzymuje się na całéj spojówce górnéj powieki od brzegu wolnego aż do miejsca gdzie spojówka powiekowa na gałkę oczną przechodzi cały szereg cięć równoległych wzdłuż powieki biegnących. Krwotok, który bywa przytem dość znaczny, tamuje się, uciskając wacikami zamaczanemi w kwasie borowym lub w rozczynie hydronaftolu 1:1100. Tę część operacyi, nie trwającą we dług autora dłużéj nad 3 minuty, powinno się odrazu wykonać na obu górnych powiekach, na dolnych zaś w kilka dni późniéj żeby nie wywoływać zbyt silnéj reakcyi. Obecnie przystępuje się do drugiego aktu operacyi: bierze się elektrodę zakończoną dwiema płytkami platynowemi i odwijając w ten sam sposób górną powiekę, wprowadza się każdą z płytek w jeden z dwóch sąsiadujących z sobą rowków w spojówce i przeciąga od jednego do drugiego końca powieki. Wśród tego widać, jak powstaje w rowkach dość gęsta pianka z powodu, że bańki wodoru wydzielającego się skutkiem elektrolizy mięszają się z krwią. W ten sposób przeprowadza się płytki przez wszystkie cięcia po kolei. Ten akt trwa 8—9 minut; krwotoku następowego nie ma się co obawiać, gdyż ten przez elektrolizę zostaje zatamowany. Prąd nie powinien być zbyt mocny (najlepiej około 30 miliamper.) gdyż mógłby zwęglić spojówkę, co wywołuje niepotrzebnie zbyt silny odczyn a późniéj grube blizny. W przypadkach gdy załamek bardzo rozpulchniony i zgrubiały, można połączyć tę operacyę z wycięciem paska spojówki w całéj długości załamka. W większéj liczbie przypadków wystarcza jednak sama co dopiero opisana operacya.

Po operacyi oczyszcza się dokładnie spojówkę obu powiek, zapuszcza 5% kokainę, posypuje kalomelem wreszcie smaruje maścią hydronaftolową z waseliną (1:800), przykłada grube wilgotne kompresy i bandażuje. Gdyby wystąpiła silna reakcya, można zastosować okłady lodowe. W pierwszych 48 godzinach wydzielina zazwyczaj jest obfita, z którą wiele ziarn zostaje wydalonych. Drugiego lub trzeciego dnia następuje już polepszenie, a po tygodniu już ranka zwykle zupełnie zgojona. Po zabliźnieniu ranek poleca autor przemywanie codziennie ciepłym rozczynem kwasu borowego i smarowanie maścią hydronaftolową przynajmniéj przez trzy tygodnie. Jezeli operacya została wykonaną *lege artis*, to jednorazowa wystarcza. Trzeba przytem jednak uważać, aby elektrodą nie dotknąć rogówki, gdyż łatwo potem powstają niebezpieczne wrzody i ropnie. Istniejący już pierwéj wrzód rogówkowy jest przeciwskazaniem, trzeba wtedy czekać aż się wygoi.

W przypadkach *trach. folliculare* należy użyć prądu o połowę słabszego i krócéj, nacięcia też powinny być płytsze. Autor wykonał powyższą operacyę 96 razy w różnych okresach jaglicy, a niektórzy chorzy leczeni byli poprzednio bez żadnego skutku przez lat kilka. Po operacyi nie zauważył żadnych złych następstw z wyjątkiem dwóch przypadków, gdzie w jednym powstał wrzód rogówkowy, w drugim już istniejący poprzednio pogorszył się znacznie.

W drugim okresie jaglicy dobre też otrzymywał autor wyniki po posypywaniu spojówki kalomelem, smarowaniu maścią z hydronaftolu oraz przepłukiwaniu 2% rozczynem kwasu borowego. (*Arch. f. Augenheillk. B. XXII. H. I.)*

Dr. Langie.

Choroby kobiece.

Lihotzky (Wiedeń): **Ciąża ośmiomiesięczna, śmierć z zapalenia otrzewny przez przebicie jelita.**

Kobieta w ósmym miesiącu ciąży zmarła w drugiéj gynekologicznéj klinice w Wiedniu, wśród mocnego zapadu. Sekcya wykazała przebicie ramienia zstępującego okrężnicy przez łyżkę stołową. Na pół trzecia roku przedtem przyniesiono chorą do kliniki prof. Billrotha celem wydobycia łyżki wrzekomo połkniętéj. Gdy jednak chora była wówczas dotkniętą obłędem, uważano podanie choréj za urojone. Przez 2½ roku była zupełnie zdrową i dopiero będąc w 8 miesiącu ciąży z powodu tego zmarła. Być może że powiększona macica zgięła kątowato okrężnicę i w ten sposób ułatwiła przebicie téjże połkniętą łyżką. W każdym razie pouczającym jest ten przypadek, jak długo ciała obce bez objawów w przewodzie pokarmowym pozostawać mogą (*Centralbt. f. Gyn.* Nr. 26. 1892.)

Choroby umysłowe.

v. Hepperger: **Działanie** *duboisinum sulfuricum* **u obłąkanych.**

H. stosował *duboisinum. sulf.* w rozczynie 0·01 : 10 wody w postaci podskórnych wstrzykiwań jako środek uspakajający u obłąkanych. Z początku wstrzykiwał 7. przedziałek strzykawki i zwolna dochodził w każdym przypadku do dwóch strzykawek. Z doświadczenia jego wynika, że lek ten jest skutecznie uspokajającym, bo w ilości 1 do 1½ mgr. podskórnie użyty, znaczne uspokojenie a nawet sen u chorego sprowadza. Uspokojenie i sen nastają już w pół godziny po podaniu środka i trwają pierwsze od jednéj do 14 godzin, drugi od jednéj do 6 godzin. Gdy jednak *duboisinum* jest środkiem silnie trującym, należy w samym początku nie używać dawki wyższéj nad 1 mmgr. W 3—4 dni nastaje doń przyzwyczajenie, ale też z drugiéj strony odzwyczaja się ustrój od niego już po dwu do trzydniowem nieużywaniu leku. Objawy zatrucia przedstawiają się jako niepokój, drgawki kloniczne rąk i nóg, przyspieszenie tętna i oddychania, podniesienie się ciepłoty, wzwidywania wzrokowe. Takie same wyniki środkiem tym osiągnął Dr. Preisinger. (*Therap. Mon.* Nr. 8, 1892).

Medycyna sądowa.

Kříž: **Spostrzeżenia sądowo-lekarskie przy pożarze kopalni w Przybramie.**

K. jako jeden z lekarzy górniczych przedstawia w swéj pracy skutki strasznego pożaru, jaki w dniu 31 maja 1892 roku kopalnie w Przybramie nawiedził.

Na 319 górników, którzy życie swe przy klęsce téj postradali, zaledwie 3% tylko okazywało śmiertelne uszkodzenia przez upadek z wysokości i t. d. Główna część nieszczęśliwych uległa śmierci z zaczadzenia przez gazy w kopalni przy pożarze nagromadzone. Wielu górników dobyto w stanie rozmaicie ciężkiéj zamartwicy. Przy dobywaniu ich z podziemi okazywali zaczerwienioną twarz z obrzękłemi żyłami; barwa ta różowa w miarę trwania zarządzonego u nich metodą Sylwestra sztucznego oddychania, zmieniała się w siną, potem bladą. Na twarzach ich uderzał znaczny trzeszcz oczu; źrenice były w różnym stopniu rozszerzone i nie oddziaływały na światło. Mięśnie karku były stężałe, ręce kurczowo zaciśnięte, zwykle w stawie łokciowym zgięte, nogi kurczowo wyprężone.

Na 69 dotkniętych zamartwicą wszyscy mieli zaciśnięte szczęki przez kurcz mięśni żwaczy, a stopień kurczu tego zawisłym być się zdawał od stopn a zamartwicy. Czucie skórne było zniesionem, jak w najgłębszéj narkozie chloroformowéj. Zwolna chorzy zaczęli oddychać, z razu płytko, wreszcie stawali się po krótkotrwałych majaczeniach przytomnymi. Przypominali sobie wówczas całe zajście, aż do chwili utraty przytomności, czuli się silnymi, poczem występował u nich silny ból głowy, wymioty i omdlenia.

Przytomność wracała średnio w $1\frac{1}{2}$ godziny po wyniesieniu zaczadzonych na powierzchnię. U wszystkich zjawiał się kaszel, u trzech istniało podniecenie maniakalne przejściowe a to u tych, którzy nałogowo nadużywali wyskokowych napojów. W moczu znaleziono przy badaniu na zajutrz po wydobyciu zaczadzonych cukier lub białko; tylko w jednym moczu znaleziono białko i cukier równocześnie. Dziś okazują niektórzy z ocalonych znaczną niedokrewność, poikilocytemię, skarżą się na ból głowy, osłabienie i drżenie mięśni.

Zwłoki zmarłych w podziemiu okazywały następujące zmiany: plamy trupie różowo zabarwione, toż samo błony śluzowe i twarz różowe. W spojówkach óez drobne wynaczynionki, w ustach i otworze nosowym jasnoróżowa, krwawa piana. Z zatok żylnych dobywała się wiśniowo czerwono zabarwiona krew, która większą ilością wody rozlana, tworzyła jasnoróżowy roczyn. Próby Hoppe-Seylera sodowa i Salkowskiego dały wynik dodatni co do CO. Próby widmowéj dla braku czasu nie wykonano. Dwoje zwłok znaleziono w stanie uwędzenia. (*Wien. med. Presse.* Nr. 34, 35, 36, 37. 1892.) *Dr. Wachholz.*

W sprawie cholery tegorocznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44.)

Dr. B. Kapuściński: Co to jest cholera i jak ją zwalczać. Poznań 1892. Wydanie drugie.

Sarkatyczny Prus nazwał cholerę dobroczyńcą ludzkości, gdyż według zdania tego niepospolitego pisarza, dobroczynnym musi być czynnik, który oczyszcza miasta i siedziby ludzkie, zniewala ludzi do życia umiarkowanego, do spędzania wieczorów u ogniska rodzinnego itd. Ze stanowiska polskiego cholera jest specyjalnym naszym dobroczyńcą, bo zmusza nas do . . . . czytania, jak tego dowodzi wydana w Poznaniu rozprawa Dra Kapuścińskiego pod tytułem: „Co to jest cholera i jak ją zwalczać“. Pierwsze wydanie téj pracy wyszło w miesiącu wrześniu i znalazło tak szybki pokup, że autor zmuszony był już w październiku bić drugi nakład, uzupełniając to drugie wydanie najnowszemi uwagami, jakie klinicyści i bakteryjologowie wypowiedzieli o cholerze w ostatnich kilku tygodniach. Nie sądzimy, ażeby w innych czasach mógł był spotkać jakąkolwiek książkę polską los równie pomyślny, jakim stał się dla pracy Dra Kapuścińskiego.

Rozprawa jest napisana popularnie i została obliczoną głównie na publiczność nielekarską; zawiera ona opis cholery, jéj przyczyny, środki zapobiegawcze, zachowanie się podczas epidemii, leczenie a kończy się wyliczeniem środków, w które należy zaopatrzyć się podczas panowania cholery.

Wykład jasny, celowi odpowiedni, zastosowanie się do szerszéj publiczności wyborne i żałować tylko należy, że treści nie odpowiada korekta, niedbała tak pod względem pisowni jak i języka wogóle.

Rozprawą o cholerze spełnił Dr. Kapuściński obywatelski obowiązek lekarza i zasłużył na rzetelną wdzięczność społeczeństwa wielkopolskiego. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Hoppe Seyler: O zmianach w moczu u chorych cholerycznych.

Autor badał mocz w kilku przypadkach cholery azyjatyckiéj i dwóch przypadkach cholery swojskiéj, uwzględniając szczególnie zachowanie się związków kwasu siarkowego z ciałami aromatycznemi. Rozpoznanie u chorych, których mocz badał, było bakteryjologicznie stwierdzone. Z badań tych wynika, że w cholerze przez cały czas choroby istnieje powiększenie ilości siarkanów ciał aromatycznych, które w początku odnieść należy do wydzielania się indoksylu, którego ilość znów zostaje powiększoną z powodu wytwarzania się w wielkiej mnogości indolu w jelitach. Indol jest jednym z głównych produktów przemiany materyi prątków przecinkowych. Jednakże i pomimo zmniejszenia się ilości indoksylu zjawia się jeszcze dużo kwasu siarkowego związanego z istotami organicznemi. Zależy to prawdopodobnie od dalszych procesów gnicia w jelitach, wywołanych przez liczne bakteryje, towarzyszące prątkom cholerycznym, szczególnie podczas zalegania treści jelitowéj. Wessanie produktów rozkładowych zostaje ułatwione przez częściowe zniszczenie przybłonka jelitowego.

I w przypadkach cholery swojskiéj znajdował Hoppe-Seyler z początku znaczne zwiększenie ilości kwasu siarkowego, będące także w związku z silniejszem wytwarzaniem się indoksylu, które szybko znika, gdy tylko biegunka ustaje. Powiększenia więc ilości indoksylu i kwasu siarkowego związanego z ciałami aromatycznemi nie można uważać za cechy cholery azyjatyckiéj. W przypadkach cholery swojskiéj znajdował H. także w moczu białko.

Co się tyczy innych składników moczu z chorych na cholerę azyjatycką, to występowała często silna reakcyja kwasu acetooctowego. Odpowiada to zwiększonéj kwasocie moczu, która pochodzi z upośledzenia alkaliczności krwi. — Niektórzy chorzy w okresie tyfoidu wpadają w *coma*, które czyni wrażenie *coma diabeticum*, a zatem może być również zawisłe od intoksykacyi kwasami.

W dodatku do artykułu, którego streszczenie podałem, przytacza Quincke badania alkaliczności krwi chorych cholerycznych, stwierdzające zapatrywania Hoppe-Seylera. Quincke radzi też podawać 1 procentowy roczyn cytrynianu sodowego w postaci hypodermoklizy, celem zobojętnienia wytwarzających się w nadmiarze kwasów. (*Berl. kl. Woch.* 1892, Nr. 43).

Kirchner: „Badania bakteryjologiczne w cholerze swojskiéj i azyjatyckiéj“.

W ciągu sierpnia i września b. r. miał autor sposobność badania pod względem bakteryjologicznym 16 przypadków *cholera nostras*, a 5 przypadków cholery azyjatyckiéj. Że w wszystkich przypadkach téj ostatniéj kategoryi znalazł prątek przecinkowy Kocha, jest rzeczą naturalną. Na uwagę zasługuje tylko, że w 1 przypadku, w którym z początku choroby treść jelitowa zawierała czyste hodowle prątka przecinkowego, po śmierci chorego, która nastąpiła 10 dnia choroby z powodu tyfoidu, w jelitach tylko nieznaczną ilość prątków cholerycznych można było napotkać wśród kolosalnego mnóstwa prątków zwanych *bacillus coli communis*. Okoliczność ta rzuca światło na sposób, w jaki postępuje wyzdrowienie: jeżeli śmierć nastąpi szybko pod wpływem jadu wytworzonego przez prątki choleryczne, to ulegają te ostatnie w walce z innemi nieszkodliwemi bakteryjami. W przypadku, w którym śmierć nastąpiła w czasie, gdy choroba była w całym rozwoju, treść jelitowa przedstawiała czystą hodowlę prątka cholerycznego bez domieszki innych bakteryj.

Co do sposobu badania, to oprócz zwykłego postępowania, nie omieszkał autor nigdy używać także sposobu Schoteliusa i reakcyi z kwasem siarkowym. Okoliczność, że reakcyję tę daje także *Vibrio Miecznikowa*, nie przemawia jeszcze przeciw jéj zupełnemu porzuceniu, gdyż w przypadku, w którym istnieje podejrzenie co do cholery i w którym znajduje się prątek przecinkowy, z którego pożywka bulionowa daje reakcyję — nikt nie przypisze jej czemu innemu jak prątkowi Kocha. W badaniu bakteryjologicznem należy być nader ostrożnym, nie wynika jednak z tego, aby pozbawiać się dogodnego sposobu, który obok innych sposobów postępowania może nas utwierdzić w rozpoznaniu.

Z pomiędzy 16 przypadków cholery swojskiéj nie znalazł K. ani w jednym prątków Kocha, jakkolwiek niektóre z nich przebiegały wśród nadzwyczaj ciężkich objawów tak, że z badania klinicznego wynikało rozpoznanie cholery azy-

jatyckiéj. Przypadki te dowodzą, jak ważnem jest badanie bakteryjologiczne w celu pewnego rozpoznania cholery a tem samem skutecznego zapobiegania jéj szerzeniu się. W dwóch przypadkach cholery swojskiej znachodził autor długą cienką spiryllę, któréj we krwi i narządach nie znalazł, i która na sztucznych pożywkach się nie przyjęła. W żadnym z przypadków cholery swojskiéj nie napotkano prątka Finklera i Priora, natomiast we wszystkich regularnie znachodził się obok licznych saprofitów *bacillus coli communis*. Czy ten ostatni odgrywa jaką rolę w etyjologii cholery swojskiéj, nie może K. rozstrzygać na podstawie nieznacznego materyjału. Autor poddaje ostréj krytyce zapatrywanie Petera wypowiedziane w Nrze 27 *La Semaine médicale*, że cholera azyjatycka jest odmianą swojskiéj i powstaje w ten sposób, że wskutek złych warunków społecznych głodu, nędzy itd. *bacillus coli communis* staje się złośliwszym, przybierając przytem postać przecinka.

W końcu podaje K. kilka uwag co do leczenia cholery. Potępia podawanie makowca, gdyż środek ten stosuje się u zwierząt właśnie, gdy chcemy, aby zakażenie cholerą się przyjęło; potępia także enteroklizę, hypodermoklizę i transfuzyję żylną, za pomocą których wprowadzamy do ustroju wielką ilość płynu, który wydziela się następnie do jelit na korzyść prątków cholerycznych, któreby dla braku płynu nie mogły się już daléj rozwijać. To też wyniki z tego sposobu leczenia są nieświetne. Racyjonalne jest tylko ubezwładnienie jadu wytworzonego przez prątki i zabijanie tychże. Gdy jednak antitoksyczne zadziałanie ze strony obiegu krwi na jad wytwarzający się w jelitach mało ma widoków powodzenia, pozostaje jedyne wskazanie lecznicze, t. j. zabijanie prątków cholerycznych w jelitach samych. Ponieważ enterokliza garbnikowa polecona przez Cantaniego nieświetne wydała wyniki, proponuje autor wlewanie do jelit wody chloroformowéj, opierając się na badaniach wspólnie z Salkowskim wykonanych, które wykazały, że $^1/_2$% roztwór chloroformu sterylizuje czyste hodowle prątka cholerycznego w ciągu minuty. Podobnie skutecznych wyników spodziewa się K. z wlewań do jelit roztworu dwutlenku dwuwodu (H_2O_2) 1·5 : 1000. *(Tamże)*. *Dr. A. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 5 października 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 53.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Gluziński przedstawił prątki przecinkowe w kropli wiszącéj jakoteż kultury na płytach i kłute tychże prątków, w końcu reakcyję chemiczną Bujwida. Przytem zaznaczył, że jakkolwiek treść jelit w danym przypadku, który wydarzył się w Krakowie po kilkudniowéj pauzie, zewnętrznem swem wejrzeniem nie odpowiadała treści jelit osób zmarłych na cholerę, a pod mikroskopem oprócz masy prątków gnilnych przesuwały się tylko gdzieniegdzie prątki podobne do przecinkowych, to przecież już w dwadzieścia cztery godzin po wylaniu płyt wzrosły na tychże typowe kolonije. Również wspomniał o sposobie Schotteliusa, gdzie w drugim a najpóźniéj w trzecim dniu tworzy się na powierzchni błonka przez nagromadzenie się kultur prątka przecinkowego, który potrzebuje do życia tlenu.

3) Kol. Przewodniczący zawiadomił zgromadzenie o załatwieniu kilku mniejszéj wagi spraw administracyjnych, następnie odczytał elaborat komisyi cholerycznéj, wybranéj przez Komitet Towarzystwa, poddając zarazem pod rozwagę zebranych, „czy odczytany elaborat ogłosić lub nie w organie Towarzystwa“.

W ciągu dyskusyi zapytuje kol. Zarewicz, jaki cel ogłoszenia tego elaboratu, który nic nowego nie zawiera nad to, co w dziennikach w swoim czasie było ogłaszanem, czyni zarazem wniosek: „aby elaboratu tego na razie nie ogłaszać a komisyi prosić, aby daléj pracowała“.

Kol. prof. Browicz czyniąc uwagę, że gdybyśmy chcieli tym elaboratem bronić się, cel byłby chybionym, oświadcza się za wnioskiem kol. Zarewicza.

Również za wnioskiem kol. Zarewicza przemawiają koll.: Gwiazdomorski, Surzycki i Aronsohn, zaś przeciw temu wnioskowi kol. Mars.

Po zamknięciu dyskusyi zgromadzenie znaczną większością głosów przyjęło wniosek kol. Zarewicza.

Wobec téj uchwały kol. prof. Oettinger przemawia za tem, aby elaborat wspomniany prywatnie w „Przeglądzie“ ogłosić.

Kol. Przewodniczący wyjaśnia, że elaborat jest własnością Towarzystwa, wobec więc zapadłéj uchwały ogłoszonym być nie może.

4) Kol. Przewodniczący otwiera dyskusyję na temat cholery: w tejże zabierają głos: kol. prof. Oettinger co do delożowania zaznacza, że takowe należałoby ograniczyć tylko do tych przypadków, gdzie dużo osób mieszka w jednéj i to brudnéj zazwyczaj ubikacyi, gdyż to może stać się niewykonalnem z chwilą, gdy zaraza przybierze większe rozmiary.

Kol. Lustgarten sądzi, że należałoby podać do szerszéj wiadomości za pomocą pism codziennych, że nie każdy cierpiący na cholerę musi być do szpitala cholerycznego przewiezionym, a tylko ci chorzy, którzy w domu pozbawieni są odpowiedniéj opieki. Fałszywa bowiem obawa przed przymusowem przewiezieniem do szpitala cholerycznego powstrzymuje chorych od wczesnego zasiągania porady lekarskiéj.

Kol. Filimowski stwierdza, że obawa taka istnieje pomiędzy publicznością i przytacza przypadek z własnéj praktyki, gdzie chora na cholerę z obawy przed przewiezieniem do szpitala przez 24 godzin zwlekała z zasięgnięciem porady jego.

Kol. Przewodniczący ofiaruje się temu zadosyć uczynić.

Kol. Zarewicz zapytuje kol. Filimowskiego, jak pierwszy okres wygląda, kiedy przychodzi do okresu asfiksyi, daléj czy wykazano związek pomiędzy tak rozrzuconemi przypadkami zasłabnięć na cholerę.

Kol. Filimowski zestawiając obserwacyję 16 przypadków, oświadcza, że okres pierwszy zrazu trwał przez 12—14 godzin, obecnie skrócił się do 8 godzin, związku zaś pomiędzy wszystkiemi przypadkami, przy téj anamnezie, jaką można uzyskać, nie był w stanie wyśledzić.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz *Dr. Stanisław Karpiński.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 listopada. Senat akademicki Uniw. Jagiell. wydał następujące rozporządzenie:

Senat akademicki, działając na mocy §. 12 rozporządzenia Ministerstwa wyznań i oświaty z dnia 13 października r. 1849, L. 7215, Dz. p. p. 416, ze względu na dobro Uniwersytetu, zabrania uczniom Uniwersytetu Jagiellońskiego należeć do zgromadzeń i stowarzyszeń robotników, tudzież brać w nich jakikolwiek udział.

Kto przeciw temu rozporządzeniu Senatu akadem. wykroczy, ten w myśl §. 4. wzmiankowanego wyżéj rozporządzenia ministeryjalnego dopuści się przestępstwa dyscyplinarnego i będzie pociągnięty do odpowiedzialności.

Kraków dnia 29 października 1892 r.

Madeyski, rektor.

* W półroczu bieżącem zapisało się na Uniwersytet Jagielloński uczniów zwyczajnych 1272.

* Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Maksymilian Schmelkes, rodem ze Lwowa.

* W tygodniu 42 im (od 16—22 października) było w Krakowie małżeństw 14, urodzeń 47, skonów 52, z tych z gruźlicy 7, z dławca i błonicy 6, z zapalenia płuc 5, z nieżytu żołądka i jelit 5, z cholery 4, z ospy 2, z duru brzusznego 2.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 43: Wolberga: Przyczynek klin. do etyjologii i trwania okresu wylęgania się nieżyt. zapal. migdałków u dzieci; Mierzyńskiego: O leczeniu cholery; Herynga: Przerost migdałków (dok.). — W *Medycynie* Nr. 43: Gepnera (syna): Szczypczyki Knappa do wyciskania ziarn jaglicowych; Herynga:

Grużlica bł. śluzowéj nosa (c. d.); Rybickiego: Szpital św. Stanisława w Skierniewicach (dok.). — W *Kronice Lek.* Nr. 10: Kucharzewskiego: O leczniczem działaniu fenokolu: Jaworskiego: Włóknikowe zap płuc, wikłane chorobą Werlhofa. — W *Medycynie* Nr. 44: Karczowskiego: O wlewaniu rozczynu soli w cholerze; Herynga: Grużlica bł. śluzowéj nosa (dok.). — W *Gazecie Lek* Nr 44: Sędziaka: Niezwykły przypadek sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae; Wołkowicza: O wartości leczniczéj salolu w biegunce cholerycznéj.

Redakcyja otrzymała:

Dr. L. KADLER: O środkach ochronnych od chorób wenerycznych. Warszawa 1892, in 8-vo str. 104. — L KNASTER: Wartość lecznicza syrygium Jambolonum w cukrzycy, in 8-vo str. 9. — J. SZWAJZER: Pierwszy przypadek cholery azyjatyckiéj w Warszawie (odb. z Medycyny) in 8-vo str. 10. — Dr. BOETTIGER w Hali: Trional als Hypnoticum (odb. z Berl. kl. Woch.) in 8-vo str. 13. — Dr. H RUPPERT: O pochodzeniu żółciowéj marskości wątroby (odb. z Pam. T. I. warsz. 1892, t. 88) in 8-vo str. 117. — Wiestnik kliniczeskoi i sudobnoi psichiatrii i newropatologii. Powremennoe izdanie pod redakciei prof J. P. Mierzejewskago. God dewjatii, wypusk II z 3 litograf. tabl. i 10 ris. w tekstie. St. Peterburg 1892, in 8-vo str. 360.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 9 listopada b. r. o godzinie 6 téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali „Śniadeckich" (*Collegium novum* I piętro). — Porządek dzienny: 1) Dalszy ciąg rozpraw nad przypadkiem jamy w czaszce przedstawionym przez kol. Obalińskiego na ostatniem posiedzeniu; 2) kol. Śliwiński przedłoży wnioski Komisyi przemysłowo-lekarskiéj; 3) kol. Browicz poda wyniki badań, jakie mu nastręczyły przypadki cholery w Krakowie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

L. 1950.

KONKURS.

Przy szpitalu powszechnym w Podhajcach została opróżniona posada lekarza ordynującego z płacą roczną 600 zlr. w. a., na którą Wydział powiatowy rozpisuje niniejszem konkurs z terminem do dnia 1 grudnia 1892.

Z Wydziału Rady powiatowéj
W Podhajcach dnia 17 października 1892.

115—3—2 Wice-Prezes *Zaremba.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.